DES

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE

CHEZ LA FEMME

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)............ Doyen
FORGUE.................. Assesseur

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TÉDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
— — M. Puech (ch. du cours)	
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	H. BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe	L. IMBERT, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. L. IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
de ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL
PUECH	VIRES	

M. H. GOT, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :
MM. FORGUE, *président.*
ESTOR.
VALLOIS.
L. IMBERT.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

N° 33

DES

Rétrécissements de l'Urètre

CHEZ LA FEMME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 21 MARS 1903

PAR

François LEROUEILLE

Né à Saint-Sulpice-des-Landes

(Loire-Inférieure)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1903

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON BEAU-FRÈRE ET A MA SŒUR

F. LEROUEILLE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

ET DE L'HOPITAL DE MUSTAPHA

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A TOUS LES MIENS

ET A TOUS MES AMIS

F. LEROUEILLE.

AVANT-PROPOS

Les rétrécissements de l'urètre chez la femme étant une affection relativement rare, et n'ayant jusqu'ici été l'objet que de peu de travaux d'ensemble, M. le professeur agrégé L. Imbert nous conseilla d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous devons tout d'abord dire ce que nous entendons par rétrécissement de l'urètre. Certains auteurs comprennent sous ce nom tout ce qui peut mettre obstacle à l'excrétion de l'urine ; c'est-à-dire qu'ils y comprennent même les tumeurs pouvant comprimer l'urètre, les polypes, les spasmes : de ce nombre est Van der Warker, « nous adopterons chez la femme la définition des rétrécissements telle qu'elle est admise pour l'urètre de l'homme. » Cette définition élimine donc les tumeurs de voisinage, les polypes, les spasmes.

Notre but a été simplement de mettre au point quelques chapitres encore controversés de l'histoire de cette maladie, et en particulier de donner notre opinion sur l'origine blennorragique de cette affection, encore admise par la plupart des auteurs, en nous fondant d'ailleurs sur un mémoire tout récemment paru.

Il nous reste maintenant un dernier devoir à remplir : c'est de remercier nos Maîtres de l'enseignement qu'ils nous ont donné pendant tout le cours de nos études.

Nous remercions tout d'abord M. le professeur Forgue du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous lui en sommes très reconnaissant et le prions d'accepter l'assurance de notre très respectueux dévouement.

Nous remercions également M. le professeur agrégé L. Imbert des bons conseils qu'il nous a donnés pour la rédaction de ce travail.

Nous sommes aussi très reconnaissant à M. le professeur Estor et à M. le professeur agrégé Vallois d'avoir bien voulu faire partie du jury de notre thèse.

DES

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE

CHEZ LA FEMME

I

HISTORIQUE

Bien que notre index bibliographique contienne un nombre assez considérable de noms d'auteurs, notre historique sera assez bref. En effet, bien qu'il s'agisse d'une affection moins rare que ce que l'on croit en général, les observations sont relativement assez rares. Comme nous le verrons dans un chapitre ultérieur, la symptomatologie est moins accusée chez la femme que chez l'homme, à degré égal de rétrécissement. Aussi trouve-t-on un nombre assez peu considérable de travaux d'ensemble sur cette question, et son histoire estelle assez récente ; les livres classiques n'en parlent pas ou ne lui consacrent qu'un court chapitre.

La première observation qui ait été rapportée, à notre connaissance, sur le sujet qui nous occupe est celle de Barthé-

lémy Cabrol, rapportée dans la thèse de Fissiaux, et plus tard dans celle toute récente d'Hamon (1900). Elle est datée de 1550. Dans cette observation, il est question d'un rétrécissement ou même d'une obstruction complète de l'urètre, due à une membrane assez épaisse, et probablement d'origine congénitale. L'urine s'écoulait par une fistule située au niveau de l'ombilic. Cette malade fut opérée avec succès par l'auteur.

Nous ne trouvons plus rien jusqu'à l'observation de Zœher, datée de 1822, et signalée par Pasteau. Il y était encore question d'un rétrécissement congénital chez une enfant.

Deux ans plus tard Lisfranc, dans sa thèse d'agrégation, portant sur les rétrécissements de l'urètre, a indiqué que cette affection n'était pas spéciale à l'homme, mais pouvait aussi se rencontrer chez la femme. Peut-être cet auteur comprenait-il les rétrécissements chez la femme d'une façon trop large ; mais il lui reste l'honneur d'avoir été le premier à écrire un travail sur le sujet qui nous occupe.

A signaler encore à la même époque la communication de de Manec, qui a présenté à la Société anatomique un urètre presque complètement obturé par uue cloison membraneuse.

Nous ne citerons que pour mémoire le travail de Blundell, paru en 1829, et consacré à la rétention d'urine chez la femme (*Lancet*, London); il ne parle d'ailleurs que des spasmes des muscles urétraux qu'il attribue à une névrose.

En 1834, Larcher, dans un mémoire consacré à l'étude du cathétérisme de l'urètre chez la femme, a étudié le rétrécissement et en a rapporté un assez grand nombre d'observations ; il distingue les rétrécissements vrais par sténose des faux rétrécissements dus aux polypes.

A partir de cette époque et pendant une longue période,

nous ne trouvons que quelques observations séparées. A signaler seulement la thèse d'Henry, parue en 1858, et qui parle d'un rétrécissement cicatriciel dû à des cautérisations d'un polype de l'urètre.

Curling, en Angleterre, est le premier qui ait signalé l'accouchement comme cause des rétrécissements de l'urètre.

Nous arrivons enfin à un travail plus important ; nous voulons parler de celui du docteur Newman, à New-York, paru en octobre 1875 dans l'*American Journal* de New-York, et traduit par le docteur Lutaud, qui le publia dans les *Archives générales de médecine*, en janvier 1876. Malheureusement les cinq observations publiées par cet auteur sont incomplètes ; rien ne nous indique d'une façon certaine la cause du rétrécissement ; la symptomatologie y est décrite d'une façon trop brève ; la cinquième n'a pas trait à un vrai rétrécissement, mais à un spasme réflexe de l'urètre provoqué par une ulcération du rectum.

Ce travail avait d'ailleurs surtout pour but de montrer l'utilité de l'examen endoscopique pour le diagnostic et de l'électrolyse pour le traitement.

L'année suivante paraît dans le même recueil un travail de Blum qui parle, d'une façon assez nette, du sujet qui fait l'objet de notre étude, et signale une observation ayant trait à un cas de rétrécissement congénital.

Un peu plus tard Fissiaux, dans sa thèse parue à Paris en 1879, fait une étude très complète des rétrécissements de l'urètre chez la femme et en rapporte bon nombre d'observations. Après ce travail, laissant de côté un certain nombre d'observations isolées, publiées par divers auteurs, nous arrivons à un travail plus considérable encore, celui de Hermann, paru en 1889, dans le *Transact. of the obstetrical Society of London*, t. XXIX. Il y publie un assez grand

nombre d'observations dont six ont été recueillies par l'auteur lui-même.

Cet auteur signale un rétrécissement qui serait, pour lui, uniquement dû aux progrès de l'âge : il le considèrerait comme dû aux mêmes causes que l'hypertrophie prostatique chez l'homme. Nous pensons qu'il s'agit ici d'une erreur d'interprétation. Nous ne voyons pas, en eflet, dans l'urètre féminin, de tissus que la sclérose sénile pure pourrait modifier au point d'arrêter le passage de l'urine ; le tissu cellulaire qui entoure l'urètre nous paraît, malgré Hermann, fort peu analogue à la prostate, et fort peu capable de pouvoir s'hypertrophier par les progrès de l'âge. Comme le dit Pasteau, nous pensons que, dans les cas que signale cet auteur, il s'agit d'anciens rétrécissements peu intenses, passés inaperçus jusqu'au moment où l'affaiblissement du muscle vésical, dû à la vieillesse, vient révéler fonctionnellement l'obstacle urétral. Le même auteur a eu encore le tort de considérer comme des rétrécissements l'obstruction plus ou moins complète du canal urétral par des polypes.

Nous citerons encore le mémoire de Van der Warker. Le principal mérite de cet auteur a été de chercher à déterminer avec le plus de précision possible le calibre de l'urètre chez la femme. Les chiffres qu'il obtient, et qui se rapportent au calibre du méat, qui est, ainsi que nous le verrons, toujours inférieur à celui des autres régions de l'urètre, varie du numéro 23 au numéro 28 de l'explorateur à boule. Il considère les rétrécissements comme peut-être plus rares qu'ils ne le sont en réalité.

En 1892, paraît le travail de Genouville, dans les *Annales des maladies des org. génito-urinaires*. Il publie deux observations nouvelles, plus un certain nombre d'anciennes qu'il emprunte à Larcher, à Fissiaux, à Hermann. Dans la première,

due à Quénu, l'auteur ffirme qu'il a existé une blennorragie antérieure, la seconde a pu être suivie d'autopsie ; mais il ne s'agissait ici que d'un polype et non d'un vrai rétrécissement.

Cinq ans après, en 1897, paraît un travail d'ensemble important : nous voulons parler du mémoire du docteur Pasteau, pour le prix Civiale, paru dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, et auquel nous avons fait de nombreux emprunts pour la rédaction de notre thèse. Nous ne pouvons, dans un historique, résumer un ouvrage aussi considérable. Nous dirons seulement qu'il a publié dix-sept observations inédites, dont douze personnelles, recueillies à la clinique de l'hôpital Necker ; plusieurs de ces observations nous paraissent discutables, ainsi que nous aurons l'occasion de le dire. Dans ses conclusions, il élimine du chapitre des rétrécissements de l'urètre, aussi bien chez la femme que chez l'homme, les spasmes, les polypes, les néoplasmes, les tumeurs pouvant comprimer le canal. Il divise les rétrécissements en congénitaux et acquis ; et ces derniers en cicatriciels et inflammatoires.

Il préconise l'explorateur à boule et l'endoscopie comme moyens de diagnostic.

Comme traitement, il recommande la dilatation lente et progressive comme méthode de choix ; et, dans des cas plus rares, l'urétrotomie interne.

Plus récemment encore, en 1900, a paru la thèse de Hamon. Cet auteur rapporte quatorze observations, dont sept inédites. Il conclut à une assez grande fréquence du rétrécissement blennoragique de l'urètre chez la femme ; il met en tête des causes du rétrécissement acquis l'urétrite blennorragique ; puis les traumatismes et les ulcérations.

Il indique, comme traitement : 1° la dilatation ; 2° l'urétrotomie interne ; 3° l'urétrotomie externe ; 4° des interventions

plus compliquée s'il existe des lésions vaginales concomitantes.

Enfin, comme dernier travail paru, nous signalerons le mémoire de MM. Léon Imbert et P. Soubeyran, publié dans *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, en décembre 1901, et qui a trait seulement au rétrécissement blennorragique ; ces auteurs pensent que, vu l'état actuel de la question, on ne peut affirmer l'existence, chez la femme, d'un rétrécissement d'origine blennorragique. Nous reviendrons d'ailleurs ultérieurement sur cette question.

II

NOTIONS ANATOMIQUES ET EMBRYOLOGIQUES

Nous commencerons l'étude de notre sujet par ces notions, qui sont très importantes. Elles nous aideront, en effet, à comprendre l'anatomie pathologique de cette affection ; nous l'étudierons dans un chapitre ultérieur ; elles nous permettront aussi de mieux comprendre l'étiologie, surtout celle des rétrécissements dits congénitaux, qui ont été si bien décrits dans le travail de Pasteau.

Pour ces notions, nous nous sommes inspiré de divers auteurs : en particulier des ouvrages de Sappey, de Testut et de Tillaux ; pour les données embryologiques, nous nous sommes surtout adressé au mémoire de MM. L. Imbert et Paul Soubeyran, récemment paru dans les *Annales des maladies des organes génitaux-urinaires*, et que nous avons déjà cité.

A.— 1° Au point de vue de l'anatomie macroscopique, une donnée très importante nous est fournie par ce fait que l'urètre de la femme, beaucoup plus court que celui de l'homme, n'en représente que les portions prostatique et membraneuse. Nous verrons plus tard l'importance de cette notion à propos de la pathogénie de certains rétrécissements.

Les *dimensions* sont les suivantes, d'après Testut :

La longueur moyenne serait de 35 millimètres, mais avec un écart de 4 à 5 millimètres en plus ou en moins.

Le calibre est variable suivant les portions de l'urètre que l'on considère. Sur une coupe, il aurait la forme d'une fente transversale au niveau de son extrémité vésicale ; à sa partie moyenne, cette forme serait étoilée par suite des plicatures de la muqueuse ; au méat, il a la forme d'une fente antéro-postérieure.

Le calibre est le plus étroit au niveau du méat, il s'élargit à la partie moyenne pour se rétrécir de nouveau au niveau du col vésical.

Son diamètre moyen serait de 7 à 8 millimètres, mais il est très facilement dilatable. Il peut, d'emblée, admettre des bougies de 10 à 12 millimètres de diamètre, et, si l'on prend soin de le dilater progressivement, il pourrait, d'après certains chirurgiens, permettre l'introduction du petit doigt.

Au point de vue de sa *direction*, il est parallèle au vagin : c'est-dire qu'il est dirigé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant.

Au point de vue de ses *rapports*, dont nous n'étudierons que les plus importants, nous dirons qu'on peut, avec Testut, le diviser en deux portions : une portion pelvienne et une portion périnéale ; en arrière il suit le vagin dans toute son étendue, en avant et sur les côtés il répond au plexus de de Santorini et à l'aponévrose péritonéale moyenne.

L'orifice supérieur répond à l'angle antérieur du trigone.

L'orifice inférieur s'ouvre dans la vulve, à 2 cm. en arrière du clitoris.

A l'intérieur du canal, nous pouvons, de même que chez l'homme, observer de nombreux orifices, qui sont les uns des canaux excréteurs des glandes urétrales, les autres aboutissent aux lacunes de Morgagni.

2° Nous allons maintenant étudier la structure normale de ce canal, étude importante au point de vue des déductions anatomo-pathologiques que nous pouvons en tirer.

On peut décrire dans l'urètre de la femme deux tuniques : l'une externe ou musculeuse, l'autre interne ou muqueuse.

La musculeuse est constituée par deux couches de fibres lisses: le plan externe est constitué par des fibres longitudinales ; le plan interne par des fibres circulaires. Nous devons ajouter que ces fibres musculaires sont des fibres lisses. Les fibres circulaires sont la continuation des fibres lisses de même ordre, qui entrent dans la structure de la vessie ; il existe ainsi un plan musculaire qui enveloppe toute la vessie, l'urètre, et se continue jusqu'au méat ; au niveau du col, ces fibres forment un anneau que Testut considère comme appartenant à l'urètre, et qu'il nomme *sphincter lisse de l'urètre.*

A l'extérieur de cette couche musculaire, on trouve des fibres musculaires striées, le sphincter strié de l'urètre. Ce sphincter qui, pour Pasteau, ne serait pas absolument constant, comprend une partie supérieure, voisine du col de la vessie, constituée par des fibres musculaires épaisses ; c'est la portion la plus importante ; l'autre, l'inférieure, est constituée de fibres musculaires beaucoup moins nombreuses ; elles s'insèrent à la fois sur la symphyse en avant et sur le vagin en arrière. Cette portion inférieure n'a, pour l'urètre, qu'une importance secondaire.

D'après MM. Imbert et Soubeyran, ce sphincter, dont la fonction serait analogue à celle du sphincter strié de l'homme, pourrait, par sa contraction ou son spasme, faire obstacle au cathétérisme et faire croire à un rétrécissement.

3° Au point de vue *microscopique*, les avis sont partagés suivant les auteurs en ce qui concerne la structure de la mu-

queuse. Les uns, avec Debierre, Robin et Cadiat, la considèrent comme composée de plusieurs assises de cellules prismatiques ; Schœfer, Cruveilhier et Brœsicke la décrivent comme pavimenteuse stratifiée. Tourneux pense que sa structure diffère suivant les régions, et que l'épithélium serait cylindrique à la partie supérieure, pavimenteux à la partie inférieure. Pasteau dit qu'il est polymorphe.

Telles sont les principales données anatomiques qui nous paraissent indispensables pour l'étude de notre sujet. Nous allons passer en revue maintenant, aussi brièvement que possible, l'embryologie de la question.

B. — La vessie est formée par un renflement de la portion de l'allantoïde comprise dans le corps de l'embryon. L'urètre, chez la femme, serait formé, dans sa portion supérieure, par la région qui provient de la séparation de l'uretère et du canal de Wolff, qui s'éloignent l'un de l'autre par suite de la disparition du canal qui les réunissait. Nous savons d'autre part que le bouchon cloacal, décrit par Tourneux, se divise en deux parties, par suite de la division du cloaque en deux canaux : l'une postérieure, qui deviendra l'anus ; l'autre antérieure, qui deviendra le canal uro-génital. Ces deux parties sont bientôt perforées par deux orifices, qui se forment aux dépens du bouchon cloacal, il se produit des lacunes entre les cellules qui constituent le bouchon cloacal ; bientôt ces lacunes grandissent, s'unissent à d'autres lacunes voisines ; il se produit un canal qui fait communiquer la cavité de la vessie avec l'extérieur. Nous avons oublié de dire que la membrane cloacale, qui était primitivement tridermique, c'est-à-dire formée par les trois feuillets, ne tarde pas à devenir didermique et puis épithéliale ; c'est alors qu'elle forme le bouchon cloacal.

L'imperforation ou le rétrécissement urétral d'origine congénitale résulteraient chez la femme de causes différentes.

Dans le premier cas, on aurait affaire à une membrane cloacale qui serait restée tridermique. Dans ce cas, les lacunes que nous avons signalées tout à l'heure ne peuvent se former, et on a une imperforation de l'urètre et de l'anus. Cette membrane peut rester didermique ; dans ces cas, en général, l'anus est perforé, mais l'urètre est obstruée, en général, dans sa partie inférieure.

« Dans le dernier ordre de fait, disent MM. Imbert et Soubeyran (*loco citato*), il y a plutôt rétrécissement. L'allantoïde naît de l'entoderme par un bourgeon creux qui possède un pédicule ; ce pédicule, qui a toujours une lumière, va donner l'urètre féminin. Si, d'après M. Vialleton, en un point de son trajet, ce canal épithélial ne peut se développer, subit un arrêt, il va rester à son diamètre primitif qui est faible, tandis que les masses mésodermiques voisines prendront un accroissement considérable, et la disproportion entre ces parties équivaudra mécaniquement à une obturation. Au-dessus et au-dessous, le développement normal du tube creux continuera, et nous aurons un point présentant une lumière extrêmement étroite, pouvant d'ailleurs arriver à l'oblitération sur une longueur plus ou moins grande. Le même mécanisme se retrouve pour expliquer les rétrécissements congénitaux du rectum, seulement, si ces rétrécissements sont plus rares pour l'urètre, peut-être est-ce à cause du passage incessant de l'urine dans le pédicule allantoïdien. »

III

ÉTIOLOGIE

Les brèves notions anatomiques et embryologiques indiquées par nous dans le chapitre précédent nous aideront beaucoup à comprendre l'étiologie, encore à l'heure actuelle assez discutée, du rétrécissement de l'urètre chez la femme. Elles nous permettront notamment de voir que les causes qui produisent le plus habituellement le rétrécissement de l'urètre chez l'homme pourront ne pas déterminer la même affection chez la femme.

Au point de vue de la classification, nous diviserons les causes du rétrécissement de l'urètre chez la femme en deux grandes catégories : les causes prédisposantes et les causes déterminantes. Bien que les premières n'aient pas une importance très considérable, nous croyons qu'il est utile de signaler, au moins brièvement, les diverses conditions de terrain qui favorisent l'apparition de la maladie qui nous occupe.

A. — Causes prédisposantes. — 1° *Age.* — Le rétrécissement de l'urètre chez la femme peut survenir à tous les âges ; mais on le voit surtout à la naissance : *a*) il s'agit alors de rétrécissements congénitaux ; *b*) à l'âge adulte, surtout à partir de vingt ans ; on a alors affaire aux autres catégories de rétrécissements. Pasteau place à trente-sept ans le maxi-

mum de fréquence pour le rétrécissement blennorragique ; nous verrons tout à l'heure ce que nous avons à penser de cette cause de rétrécissement.

2° *Tempérament.* — Nous trouvons, le plus souvent, le rétrécissement de l'urètre chez les sujets qui font plus facilement de la sclérose, c'est-à-dire chez les sujets arthritiques.

3° *Conditions sociales.* — Elles ont ici peu d'importance ; néanmoins, comme nous le verrons tout à l'heure, les accouchements prédisposant aux rétrécissements par les traumatismes qu'ils occasionnent, nous pouvons dire que les femmes ayant des accouchements fréquents seront, plus facilement que les autres, prédisposées aux rétrécissements de l'urètre.

B. — Causes déterminantes. — Avec Pasteau, nous diviserons ce genre de causes en deux ordres :

1° Rétrécissements congénitaux ;

2° Rétrécissements acquis.

1° Rétrécissements congénitaux. — Les notions embryologiques assez détaillées que nous avons données dans un précédent chapitre nous permettront d'être bref au sujet de cet ordre de rétrécissement. Nous dirons seulement qu'il est très rare par rapport aux rétrécissements acquis. Dans notre historique, nous avons indiqué à peu près toutes les observations qui en existent dans la science.

2° Rétrécissements acquis. — Nous diviserons, encore avec Pasteau, les rétrécissements acquis en deux classes :

a) Les causes qui tiennent à une infection urétrale.

b) Les causes qui tiennent à un traumatisme déterminant un rétrécissement cicatriciel consécutif.

a) *Causes tenant à une infection urétrale.* — La plupart des auteurs admettaient, jusqu'à ces dernières années, la grande fréquence de l'urétrite chronique blennorragique comme cause de l'urétrite chronique chez la femme. Les auteurs raisonnaient par analogie. Ils pensaient que l'urétrite à gonocoques étant indiscutablement la cause la plus fréquente du rétrécissement de l'urètre chez l'homme, il devait en être de même chez la femme, étant donné la grande fréquence chez celle-ci de l'inflammation blennorragique des organes génito urinaires.

Mais MM. Imbert et Soubeyran ont montré qu'il ne devait pas en être ainsi, et nous ne pouvons faire autrement que de nous ranger à leur opinion en résumant très brièvement les raisons qu'ils ont données dans leur mémoire.

La plupart des observations que citent les divers auteurs à l'appui du rétrécissement blennorragique de l'urètre chez la femme sont incomplètes ; certaines ne mentionnent même pas la blennorragie initiale, comme par exemple l'observation d'Horroks.

Dans d'autres cas, la blennorragie est bien mentionnée dans les antécédents de la malade, mais il n'y a pas de raisons certaines pour l'affirmer, on ne peut surtout affirmer qu'il y ait eu uréthrite chronique (obs. de Newmann, dans laquelle une femme, croyant avoir contracté la blennorragie, fut traitée par une forte solution de nitrate et eut un rétrécissement consécutif). On peut évidemment dans ce cas se demander si le rétrécissement n'a pas été dû au traitement intempestif plutôt qu'à une blennorragie incertaine.

Ces auteurs citent encore un certain nombre d'observations qui ne sont pas plus démonstratives.

Dans un autre ordre de faits, on considère comme d'origine blennorragique des rétrécissements du méat ; mais l'em-

bryologie nous montre que ces rétrécissements sont le plus souvent congénitaux ; la plupart des observations ne font pas mention de blennorragie dans ces cas ; une seule, de Pasteau, cite une urétrite à gonocoques, existant encore au moment de l'examen, et trop récente pour avoir pu déterminer le rétrécissement.

On ne doit pas non plus confondre des rétrécissements, soit avec un spasme du sphincter, soit avec un polype, qui peuvent donner une symptomatologie à peu près analogue ; dans ce dernier cas, on peut même avoir un écoulement purulent pouvant simuler l'écoulement gonorréique.

On doit aussi distinguer les écoulements d'origine cicatricielle d'avec ceux qui sont dus à une inflammation chronique telle que la blennorragie (obs. III de Newmann, traduite par Lutaud : une femme a six accouchements et sept fausses couches ; douleurs à la miction ; inflammation urétrale avec ulcère en avant du rétrécissement). Il semble que la blennorragie ne peut donner une symptomatologie semblable ; étant donné le nombre d'accouchements, on penserait plutôt à un rétrécissement d'origne traumatique.

L'observation de Galabin a trait à un rétrécissement qui est consécutif, non à de la blennorragie, mais à une syphilis.

Nous signalerons encore un cas de Bridges, dans lequel un rétrécissement, qui paraît consécutif à un traumatisme obstétrical, fut attribué à la blennorragie.

Il existe encore un certain nombre d'observations citées par ces auteurs, dans lesquelles la cause du rétrécissement ne peut être fixée, parce que ces observations sont incomplètes, et que toutes les hypothèses, notamment celle du spasme, n'ont pas été envisagées ; fréquemment aussi l'examen est incomplet. Parmi les observations rapportées nous citerons celle de Larcher dans laquelle une femme de cin-

quante-trois ans, atteinte de deux ulcérations du col, se plaignait de douleurs violentes dans le bassin, et surtout de difficultés pour uriner. Le rétrécissement n'admettait qu'une bougie très fine ; il cessa au bout de quinze jours, presque spontanément, en même temps que la douleur. La malade déclara avoir eu, dix ans auparavant, un écoulement blennorragique. Pour MM. Imbert et Soubeyran, ce tableau rappellerait plutôt le spasme que le rétrécissement.

Cette observation, ainsi que les autres qu'ils citent dans le même paragraphe, ne font pas mention des accouchements, dont le rôle pathogénique est pourtant si important, ainsi que nous l'établirons tout à l'heure. Enfin ces auteurs citent également *in extenso* l'observation très intéressante de Quénu, rapportée dans le mémoire de Genouville. Nous la reproduirons *in extenso*, car elle présente un intérêt réel, non seulement au point de vue spécial du rétrécissement blennorragique, mais au point de vue du rétrécissement de l'urètre en général.

« Madame J..., âgée de quarante-cinq ans, présentant toutes les apparences d'une bonne santé, se plaint d'éprouver depuis plusieurs années des troubles dans l'émission des urines : envies fréquentes et en même temps douleurs et difficultés pour uriner ; le jet de l'urine est sans force et petit. Comme antécédents ayant des rapports avec cet état, tant comme cause prédisposante que comme cause occasionnelle, voici les renseignements qu'elle nous a fournis :

» A l'âge de douze ans, elle eut une atteinte de rhumatisme articulaire, ayant duré deux mois et ayant porté surtout sur les deux genoux, les deux épaules et un coude. Le cœur n'a pas été atteint. Deux ans après, nouvelle atteinte de rhumatisme, aussi forte, ayant déterminé une lésion mitrale dont on constate encore des traces à l'auscultation.

» Vers l'âge de vingt-deux ans, son premier mari lui communiqua la blennorragie et elle fut atteinte d'une cystite blennorragique qui dura trois mois et qui détermina chez elle les troubles habituels de la miction (aveu formel de blennorragie, aucun doute à cet égard). A la suite de cette cystite, les mictions étaient toujours restées douloureuses, sans être cependant plus fréquentes qu'auparavant. Ce n'est qu'il y a trois ans, à la suite d'un bain froid, qu'elle ressentit en même temps que des douleurs en urinant des envies plus fréquentes. Puis elle fut plus longue à uriner, avec un jet d'urine plus petit. Elle se fit soigner et on la traita par la dilatation progressive (trois fois par semaine, pendant deux mois), qui amena chez elle une amélioration à peine sensible et seulement passagère.

» N'ayant éprouvé aucune amélioration, elle ne fit rien jusqu'en novembre dernier où elle se présenta à M. Quénu.

» Opération le 17 novembre 1891. Après des lavages antiseptiques de la région et une injection sous-muqueuse de 0.01 de cocaïne à 1/30, l'explorateur à bout olivaire n° 15 est introduit et arrêté à 12^{mm} environ du méat. La sonde cannelée est introduite et passe. Après quelques minutes nécessaires à l'action de la cocaïne, un coup de ciseau est donné sur la ligne médiane de la paroi urétro-vaginale, sur une longueur de 0,01 c. environ. Deux pinces de Kocher sont placées sur la partie antérieure des deux lèvres de cette incision. Ces pinces sont confiées à deux aides qui écartent aussi les lèvres de la plaie, mais dans cette section la paroi vaginale a été plus entamée que la paroi urétrale. L'explorateur à boule est encore arrêté à ce niveau. La sonde cannelée est introduite une seconde fois, la rainure regardant en bas, et le bistouri prolonge la section urétrale de quelques millimètres, coupant ainsi le rétrécissement lui-même.

» Deux nouvelles pinces de Kocher sont placées sur les lèvres de la nouvelle incision, et l'explorateur à boule peut passer. On introduit alors la sonde en verre qui a d'abord quelques difficultés à pénétrer. La sonde cannelée est de nouveau introduite et l'incision encore prolongée de 1 à 2^{mm} avec le bistouri, alors la sonde de verre peut passer. Mais, détail curieux, elle ne pénètre pas directement d'avant en arrière, elle se place dans un plan légèrement oblique d'avant en arrière et de gauche à droite, le pavillon de la sonde ayant tendance à se rapprocher de la cuisse droite de la malade.

» Les aides chargés de maintenir les cuisses ne les tenaient-ils pas symétriquement ? Peut-être un peu, mais néanmoins la direction était trop sensible pour tenir uniquement à une légère asymétrie provenant d'une position défectueuse.

» Le résultat de ces incisions successives a été la section suivant la ligne médiane et sur une longueur de $12\text{-}15^{mm}$ de la cloison vagino-urétrale ; il en résulte la formation de deux bords cruentés, un droit et un gauche, présentant chacun une lèvre urétrale et une lèvre vaginale, chacune de ces lèvres étant constituée par la tranche de la muqueuse correspondante. Les sutures sont alors placées de la manière suivante :

» 1° Trois points de chaque côté unissant bord à bord la muqueuse vaginale droite à la muqueuse urétrale droite et de même à gauche.

» 2° Un point médian réunissant la muqueuse urétrale à la muqueuse vaginale sur la ligne médiane, l'anse du fil étant situé dans le plan antéro-postérieur.

» Le dernier point a eu pour objet de bien amener au même niveau la partie la plus reculée de l'incision du côté vaginal et du côté urétral, et de faire coïncider parfaitement les deux sommets des angles dont les côtés sont formés par les bords de l'incision.

» Les trois paires de fils latéraux ont pour effetde faire disparaître la cloison vagino-urétrale. La paroi supérieure du vagin est entr'ouverte, et cette ouverture est plafonnée par toute la muqueuse de l'urètre, étalée en une surface qui regarde en bas.

» Le vagin est ouvert en haut, l'urètre ouvert en bas ; les deux ouvertures se correspondent bord à bord, grâce aux sutures. Il n'y a plus de cloison vagino-urétrale en avant, donc les deux étages, le vaginal et l'urétral, ne forment plus qu'une seule couche à ce niveau. Il n'y a plus de paroi inférieure de l'urètre, disposition qui ne peut être mieux comparée qu'à l'hypospadias de l'homme.

» 9 novembre 1891. — A l'examen des urines on trouve un léger précipité d'albumine qui diminue par le régime lacté seul. A la fin novembre, il n'existe plus. — Depuis, M. Quénu a revu la malade plusieurs fois, et pour la dernière fois en octobre 1892. Les signes de rétrécissement n'ont pas reparu ; mictions normales. »

Certaines parties de cette longue observation pourraient bien faire penser qu'il s'git ici en réalité d'un rétrécissement blennorragique : l'existence indiscutable d'úne urétrite gonococcique antérieure, datant de longues années : mais nous croyons en même temps qu'il existait une déviation du canal, et l'on peut se demander si l'obstacle à l'écoulement de l'urine ne tenait pas à la déviation du canal plutôt qu'à un rétrécissement. L'opération aurait supprimé, non un rétrécissement, mais simplement la partie coudée du canal.

La conclusion que MM. Imbert et Soubeyran tirent de cette longue discussion est que l'existence de rétrécissement blennorragique de l'urètre chez la femme est hypothétique, et qu'aucune observation ne permet à l'heure actuelle d'affirmer son existence; il est nécessaire, lorsque l'on observe un

rétrécissement, de songer aux causes autres que la blennorragie qui auraient pu le produire.

Ainsi donc cette classe de rétrécissements inflammatoires dus à des infections chroniques nous paraît singulièrement restreinte, et l'on doit faire la plus large part aux autres causes lorsque l'on observe cette affection.

b) *Rétrécissement d'origine traumatique.* — Cette classe est très importante ; les rétrécissements de cette nature sont en effet beaucoup plus nombreux chez la femme que chez l'homme : cela tient à l'une des principales fonctions physiologiques de la femme : nous voulons parler de l'accouchement.

Si dans un accouchement la tête fœtale se trouve pendant longtemps en contact avec un point des parties molles du bassin, il peut arriver que ces parties molles, comprimées entre la partie fœtale et les os du bassin, se nécrosent. C'est ce qui explique la fréquence des fistules consécutives aux accouchements laborieux; et c'est pour cela que les accoucheurs ont adopté pour règle de conduite de faire une application de forceps lorsqu'après rupture de la poche des eaux et et dilatation complète, la tête est restée plus de deux heures immobile.

Mais l'application de forceps peut-elle même produire une déchirure des parties molles ; la tête en descendant entraîne la paroi vaginale, d'où déchirure, surtout s'il y a inflammation des parties molles autour du vagin. La cicatrisation de cette plaie peut amener un rétrécissement. Il peut même se produire un rétrécissement cicatriciel, surtout chez les sujets prédisposés, lors même qu'il n'y ait pas de déchirure, mais simplement éraillure du canal.

Enfin nous devons dire que tous les rétrécissements cicatri-

ciels ne succèdent pas à des traumatismes obstétricaux. Nous avons pu voir en effet un certain nombre d'observations où le rétrécissement avait succédé à une cautérisation portant sur l'urètre, cautérisation consécutive à l'ablation d'un polype, par exemple. Pasteau cite même des cas où elle aurait succédé à la simple introduction d'un instrument, tel qu'une sonde.

Enfin il cite encore des cas où la sténose aurait succédé à des chancres intra-urétraux ; mais ces chancres sont très rares (6 cas aur 612 pour Lewin); d'ailleurs les rétrécissements qu'ils déterminent n'auraient le plus souvent qu'une duréeé phémère et disparaîtraient en même temps que l'induration chancreuse.

Fréquence des rétrécissements. — Pour Pasteau, ces rétrécissements seraient assez fréquents ; il faut en effet tenir compte de ce que la symptomatologie en est souvent assez obscure, et que l'affection demande à être recherchée. De plus, comme le fait remarquer cet auteur, la femme ne consulte qu'à la dernière extrémité. Il a tout de même réuni un total de 112 observations.

IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de cette affection est encore incomplètement connue ; on conçoit en effet qu'elle détermine rarement la mort, et que, par conséquent, les examens nécropsiques soient très peu fréquents.

A. — Lésions macroscopiques. — 1° *Siège.* — Le lieu d'élection du rétrécissement de l'urètre chez la femme est l'extrémité inférieure du canal. Sur 28 cas qui sont résumés dans un tableau de Pasteau, 10 auraient leur siège au méat, 14 seraient à une distance de 2 à 15 millimètres au-dessus, 4 seulement en seraient plus éloignés.

2° *Nombre.* — Le nombre des rétrécissements est variable. Il peut n'en exister qu'un seul, qui est alors le plus souvent voisin du méat. On peut en trouver deux, assez voisins l'un de l'autre; on peut aussi en trouver une série, occupant toute la longueur du canal urétral. Ces rétrécissements, ces brides, sont plus perceptibles sur le vivant, à l'aide de l'explorateur à bout olivaire, que sur le cadavre, après une incision longitudinale du conduit, qui peut faire disparaître les brides. L'examen microscopique lui-même ne devra être fait que sur une coupe pratiquée sur l'urètre fixé dans sa forme primitive.

3° *Forme.* — La forme du rétrécissement de l'urètre de la

femme est aussi très variable. Il peut existerautour du conduit un rétrécissement circulaire l'étranglant à la façon d'un anneau. Parfois, une portion seulement du conduit est comprimée; nous pouvons alors avoir affaire à un demi-anneau. Lorsque l'on a un rétrécissement congénital, on voit en général soit une membrane qui obstrue plus ou moins complètement la lumière de l'urètre; il peut encore y avoir une bride transversale qui rétrécit ce canal. Raisonnant par analogie avec ce qui se passe chez l'homme, Pasteau admet que les rétrécissements partiels occupent plus souvent la paroi postérieure que la paroi antérieure; mais rien n'est encore venu confirmer cette hypothèse, les autopsies étant encore trop peu nombreuses.

4° *Longueur.* — La longueur est assez difficile à déterminer. L'explorateur à bout olivaire perçoit bien le ressaut qui indique le début du rétrécissement, mais il est difficile de sentir pendant combien de temps il est serré. Sur le cadavre, pour les raisons que nous avons indiquées, il ne sera pas toujours plus facile de faire un diagnostic précis.

5° *Calibre.* — Le calibre ne sera pas toujours très facile à distinguer. Il sera bien possible d'affirmer que telle bougie filiforme ou tel numéro de l'explorateur à bout olivaire de Guyon peut passer ; mais cela n'indiquera pas toujours le calibre exact du rétrécissement, car il faut, surtout chez la femme, tenir un grand compte de l'élément spasme.

Pasteau a trouvé tous les degrés de rétrécissement de l'urètre; certains peuvent laisser passer une boule n° 20 ; d'autres simplement une bougie filiforme.

Certains auteurs parlent de rétrécissements infranchissables ; pour qu'ils soient compatibles avec la vie, il faut qu'il existe en même temps une fistule pouvant donner issue à l'urine. Nous devons dire que c'est surtout dans les cas d'ori-

gine congénitale que l'on peut voir des oblitérations complètes du canal urétral.

6° *Lésions concomitantes.* — Ce sont celles que l'on observe dans tous les cas de rétrécissement en général ; c'est-à-dire que l'on trouve une dilatation de l'urètre au-dessus du rétrécissement. Dans ce cas, le plus souvent, si on pratique le toucher vaginal, on s'aperçoit que l'urètre distendu bombe, et le doigt perçoit uue tumeur fluctuante de volume variable. Pasteau a rapporté une observation d'urétrocèle consécutive à un cas de ce genre.

Le même auteur a encore signalé des végétations polypoïdes siégeant au-dessous du rétrécissement et qu'il attribue au passage constant de l'urine ; il les a constatées dans tous les cas d'incontinence d'urine chez la femme.

B. Lésions microscopiques. — Au point de vue microscopique, Pasteau a pu pratiquer des coupes en des points portant au-dessus, au-dessous et au niveau du rétrécissement.

En ce dernier point, il a trouvé toujours que l'épithélium superficiel faisait défaut, il pense que l'épithélium doit être en général formé par des cellules aplaties. Dans le tissus sous-épithélial, il a trouvé des lésions qui correspondent à une transformation conjonctive rétractile ; on trouve une hypertrophie considérable de ce tissu, qui est en général infiltré de cellules embryonnaires. Il a trouvé « *de l'infiltration scléreuse généralisée à toutes les couches.* »

Au-dessus et au-dessous du rétrécissement, il a trouvé les mêmes lésions, mais à un moindre degré.

Voilà ce que l'on connaît, dans l'état actuel de la science, sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre chez la femme. En somme, le cas de Pasteau est le seul sur lequel on se soit livré à une étude complète et la question demanderait de nouvelles recherches.

V

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie du rétrécissement de l'urètre chez la femme est encore assez mal étudiée. Cela tient à ce que, tout d'abord, l'affection, somme toute, n'est pas très fréquente ; de plus, ainsi que nous allons le voir, pendant une assez longue période, les symptômes fonctionnels sont nuls ou assez peu accusés. Il faudrait donc rechercher l'affection pour la diagnostiquer, et même, lorsque l'affection a fait des progrès, il est rare que ces symptômes deviennent aussi intenses que chez l'homme ; d'ailleurs la femme paraît attacher moins d'importance que ce dernier aux troubles qui se passent du côté de son appareil urinaire.

D'après ce que nous venons de dire, on comprendra sans peine que le début est toujours insidieux ; le rétrécissement ne se manifeste pas tant que la musculature vésicale est assez forte pour vaincre l'obstacle urétral. Mais un moment arrive où, malgré l'accroissement de la force du muscle vésical, il n'est plus assez fort pour chasser l'urine à travers l'urètre rétréci. C'est à partir de ce moment seulement que la malade songe à venir consulter un médecin.

Au point de vue de l'étude symptomatologique de cette affection, nous diviserons les symptômes en symptômes fonctionnels, signes physiques ; nous parlerons ensuite des symptômes généraux.

A. Symptômes fonctionnels. — 1° *Douleur*. Elle peut être ou bien continue, avec des exacerbations et des rémissions, ou bien plus fréquemment intermittente et n'exister qu'au moment où la malade veut uriner. Ce symptôme n'est d'ailleurs pas signalé dans toutes les observations. Elle se localise en général derrière la symphyse pubienne, ou à l'hypogastre, et ses principales irradiations sont, d'après Pasteau, les cuisses, l'anus et la région lombaire ; il considère que ce dernier siège est parmi les plus fréquents et les plus caractéristiques, lorsqu'il n'existe d'ailleurs pas de lésion rénale. Il cite à l'appui de son dire un certain nombre d'observations. Cette douleur est d'ailleurs variable comme intensité et comme localisation suivant les sujets et suivant les périodes de la maladie. Pasteau considère comme un signe important l'absence de la prédominance de la douleur dans le côté droit, comme élément de diagnostic avec un rein mobile qui serait plus fréquent de ce côté que du gauche.

Il attribue les douleurs qui se produisent pendant et surtout à la fin de la miction à des complications telles qu'une infection vésicale ou urétrale ; pour lui elles se manifesteraient surtout après les fatigues.

En somme, comme nous le voyons, le symptôme douleur n'a, dans le rétrécissement de l'urètre chez la femme, rien de bien caractéristique. Elle est inconstante et peut être déterminée par d'autres causes que par l'affection qui nous occupe.

2° *Troubles de la miction*. — Ce groupe de symptômes, bien qu'ayant plus d'importance que la douleur, en a moins chez la femme que chez l'homme. D'abord, nous l'avons dit, celui-ci prête plus d'attention à ses symptômes urinaires. Puis il voit son jet, et peut, par conséquent, apprécier facile-

ment ses modifications en intensité et en forme. Néanmoins, souvent l'étude attentive de la miction nous permettra, sinon d'affirmer avec une certitude complète, du moins de présumer un rétrécissement.

D'abord, en général, les mictions sont plus fréquentes ; mais on peut se demander si cette fréquence tient bien au rétrécissement lui-même, et non à l'infection vésicale qui peut en être la conséquence ; elle dépend aussi beaucoup du degré de nervosité des malades.

Chez la femme comme chez l'homme, le jet d'urine est toujours modifié. Seulement l'étude de ces modifications est ici beaucoup plus difficile, car, nous l'avons vu, la malade ne peut nous renseigner elle-même ; le médecin doit, si possible, faire uriner la malade devant lui, et faire lui-même les constatations nécessaires. La grosseur du jet d'urine est en général diminuée ; il peut devenir même filiforme. D'autres fois, et cela arrive surtout lorsque le rétrécissement siège au niveau du méat, il peut revêtir une forme dispersée, comme le jet d'une pomme d'arrosoir. Dans les cas plus intenses, on peut voir l'urine s'écouler goutte à goutte, et avoir la miction par regorgement. De plus, comme chez l'homme encore, l'urine n'est pas projetée, mais s'écoule en bavant : et Pasteau considère comme un signe important que la femme du peuple qui urine accroupie pisse presque sur ses talons.

Un autre signe, plus important encore, est la difficulté de l'émission. Elle n'existe d'ailleurs qu'à un degré avancé de la maladie.

Pour uriner, la femme est obligée de faire un effort plus ou moins considérable, suivant le degré de la sténose, et, d'après Pasteau, la gêne serait d'autant plus considérable que le rétrécissement serait plus rapproché du méat urinaire.

Un autre symptôme que cet auteur considère comme

important est le retard et l'interruption du jet d'urine ; le jet ne part pas aussitôt après la contraction vésicale ; il s'arrête bien que cette contraction persiste et sans aucune cause apparente ; il reparaît peu de temps après ; et cette interruption peut se reproduire plusieurs fois pendant une même miction. Quand la contraction vésicale a cessé, il y a encore une certaine quantité d'urine qui s'écoule en bavant sans que la malade le veuille. Nous pensons, avec Lallemand, que cela tient à ce que, ainsi que nous l'avons vu dans notre anatomie pathologique, il se produit une dilatation en amont de l'obstacle. Cette dilatation se remplit d'urine pendant la miction et se vide une fois que celle-ci est terminée. De tous ces symptômes, ce qui frappe peut-être le plus la malade, c'est l'augmentation de la durée de la miction, qui se fait en général très rapidement chez elle.

On doit encore signaler, comme symptôme assez important, la distension de la vessie par l'urine, la vessie de la femme se laissant beaucoup plus facilement distendre que celle de l'homme.

B. Signes physiques. — Les symptômes fonctionnels, bien qu'assez importants, ainsi que nous venons de le voir, ne nous donnent pas en général la certitude absolue qu'il existe un rétrécissement. De plus ils ne nous indiquent pas quel est son siège, quelle est son étendue ; il ne nous indique pas si le rétrécissement est unique ou s'il est multiple ; il ne nous indique pas enfin quelle est sa cause. Pour avoir tous ces renseignements, nous devrons nous adresser à des procédés d'examen direct. Ces procédés sont de trois ordres : 1° l'examen du méat à la vue ; 2° l'exploration du canal à l'aide de cathéters ; 3° l'endoscopie urétrale.

Nous allons étudier successivement ces trois modes d'exploration.

1° *Examen du méat.* — Le procédé ne nous donnera guère de résultats que pour les rétrécissements congénitaux, qui, nous l'avons vu, siègent le plus souvent en ce point. Nous pouvons ou bien ne pas apercevoir le méat, ou bien voir qu'il est obstrué par une membrane d'épaisseur variable.

2° *Exploration du canal de l'urètre à l'aide de cathéters.* — Ce procédé est un excellent moyen de diagnostiquer avec précision l'existence, le siège et le calibre d'un rétrécissement.

Pour cela on emploiera de préférence l'explorateur à bout olivaire de Guyon. Lorsque le rétrécissement n'est pas très étroit, la boule pourra plus facilement pénétrer dans la vessie. En le retirant, on percevra très nettement un ressaut au point où siège le rétrécissement. S'il existe plusieurs rétrécissements, on sentira plusieurs ressauts; s'ils sont très rapprochés, la main qui tient l'instrument sentira comme une surface rugueuse. Le numéro le plus gros de la boule qui pourra passer nous donnera le calibre du rétrécissement. Si la boule de l'explorateur ne peut franchir le rétrécissement, un doigt introduit dans le vagin pourra sentir la boule à travers la paroi urétro-vaginale, et nous pourrons ainsi savoir quel est le siège exact du rétrécissement.

Ici, comme chez l'homme, et plus même encore que chez l'homme nous devrons nous méfier des spasmes. S'il en existe un, le plus souvent, en poussant doucement la boule contre l'obstacle, nous arriverons en général à le vaincre après un temps assez court. Il faut savoir que néanmoins il existe parfois des spasmes persistants.

Dans le cas où le passage d'une boule de l'explorateur serait impossible, il serait nécessaire d'employer une bougie filiforme ; mais dans ce cas les renseignements fournis seraient bien moins précis; il est en effet impossible avec cet instru-

ment d'apprécier le siège du rétrécissement, et même d'affirmer s'il en existe plusieurs ou un seul.

3° *Endoscopie urétrale.* — Nous ne pourrons ici donner en détail le manuel opératoire de l'endoscopie urétrale, ni décrire les appareils qui servent à pratiquer ce mode d'exploration et que l'on trouvera dans les ouvrages spéciaux. Nous indiquerons seulement le résultat que ce mode d'exploration peut donner.

Il permet de voir l'état des parois du canal de l'urètre, si elles sont ou non enflammées; et, ce qui est plus important encore, nous pouvons, grâce à l'endoscopie, apercevoir des végétations, des polypes sur les parois du canal. On peut même, dans certains cas, apercevoir la bride cicatricielle elle-même.

En résumé, les deux seuls procédés qui nous permettront d'affirmer avec certitude l'existence d'un rétrécissement de l'urètre chez la femme sont l'explorateur à bout olivaire de Guyon et l'endoscopie urétrale. La seule critique que nous pourrions faire à ce dernier procédé est qu'il n'est pas à la portée de tous les praticiens.

C. — Symptômes généraux. — Ils sont en général peu marqués. La dyspepsie, très fréquente au début du rétrécissement de l'homme, peut aussi exister chez la femme, mais surtout s'il existe une infection concomittante ; de même pour la fièvre. Mais il faut chez la femme tenir un grand compte des phénomènes nerveux qui accompagnent souvent le rétrécissement, et se rencontrent de préférence chez les hystériques. Un rétrécissement très peu important peut alors avoir un retentissement exagéré.

Nous avons essayé de résumer la symptomatologie de cette affection dans un tableau ; pour cela nous avons consulté envi-

ron 120 observations au point de vue des symptômes fonctionnels; malheureusement la plupart sont très incomplètes, et ne nous ont fourni que des renseignements fort succincts.

Fréquence des mictions	Lenteur de la miction	Petitesse du jet	Rétention	Douleur	Incontinence
28	23	19	14	29	6

VI

COMPLICATIONS

Les complications des rétrécissements de l'urètre chez la femme, bien que moins nombreuses que chez l'homme, peut-être parce qu'elles sont moins connues, sont pourtant assez fréquentes. Nous les décrirons sous trois chefs principaux : 1° complications d'origine mécanique ; 2° complications d'origine réflexe ou nerveuse ; 3° complications d'origine infectieuse.

1° *Complications d'origine mécanique.* — Nous avons déjà signalé la dilatation qui se produit en amont du rétrécissement de l'urètre, chez la femme comme chez l'homme. Cette dilatation, qui est un symptôme lorsqu'elle ne dépasse pas certaines limites, peut dans certains cas prendre de grandes proportions. On a alors l'*urétrocèle,* qui a été signalée dans un certain nombre d'observations.

Pasteau signale encore un certain nombre de complications qui peuvent rentrer dans cet ordre : ce sont les fistules urétro et vésico-vaginales, qui peuvent en être la conséquence, et qui sont signalées dans une observation.

2° *Complications d'origine réflexe ou nerveuse.* — La principale est la rétention, qui paraît due à un spasme du sphincter. Elle peut se produire sous l'influence d'une cause quelconque, effort trop prolongé, froid, la malade ne peut plus

uriner. Cette rétention aiguë est d'ordinaire passagère et même d'assez courte durée. Pasteau en cite un cas, à la suite d'une tentative de cathétérisme fait par la malade elle-même. Il arrive que la première attaque de rétention ne survient pas brusquement, mais qu'il y a des prodromes d'une durée plus ou moins longue. Le symptôme dominant pendant cette période est que la malade ne vide qu'incomplètement sa vessie ; il y a une sorte de parésie du muscle vésical, qui précède souvent des accidents plus graves.

Dans ce groupe de complications on peut encore ranger la neurasthénie qui, pour être plus rare que chez l'homme atteint de maladies des voies urinaires, n'en est pas moins assez fréquente, surtout chez les sujets prédisposés.

3° *Complications d'origine infectieuse.* — C'est le groupe qui est de beaucoup le plus important. On comprend aisément combien un rétrécissement urétral est une puissante prédisposition à l'infection des voies urinaires : d'abord parce que les tissus altérés s'infectent plus facilement ; il arrive qu'une infection a précédé le rétrécissement ; enfin les cathétérismes que nécessite parfois la rétention d'urine chez les rétrécies est une autre cause fréquente d'infection urétro-vésicale.

Nous aurons alors le tableau plus ou moins complet de l'infection ascendante des voies urinaires : urétrite, cystite, avec leurs symptômes habituels ; enfin, trop souvent, dans des cas plus graves, nous assistons au tableau de la pyélonéphrite ascendante.

Telles sont les principales complications du rétrécissement de l'urètre chez la femme ; nous voyons que certaines, surtout l'infection, méritent d'attirer l'attention du chirurgien.

VII

ÉVOLUTION

Ce que nous avons dit de cette affection nous montre assez qu'elle est chronique et de très longue durée. Elle comprend deux périodes : l'une pendant laquelle elle est latente, l'autre pendant laquelle elle se manifeste par des troubles fonctionnels. Sa marche est lente, mais souvent progressive lorsqu'elle n'est pas traitée, et finit souvent par entraîner la rétention d'urine.

Cette affection n'entraîne pas en général la mort par elle-même ; la malade meurt d'une affection intercurrente. Ce n'est que dans le cas de complications, et en particulier d'infection ascendante des voies urinaires entraînant une pyélo-néphrite, que l'on peut voir la mort survenir ; mais ce cas n'est heureusement pas fréquent.

VIII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'affection qui nous occupe sera souvent très difficile. Après ce que nous venons de dire, nous savons en effet qu'elle comprend deux périodes : l'une pendant laquelle elle reste latente, l'autre pendant laquelle elle se manifeste par des troubles fonctionnels. C'est surtout pendant la première période que le diagnostic sera difficile ; il sera même souvent impossible, si aucune donnée étiologique ne nous permet de songer au rétrécissement urétral. Même alors, souvent, on se résoudra difficilement à pratiquer un examen méthodique du canal, qui seul pourrait nous renseigner ; il serait d'ailleurs difficilement accepté par la malade qui ne souffre pas.

Aussi comprend-on facilement que dans ces conditions l'affection passe à peu près constamment inaperçue, et la question de diagnostic n'est même pas posée.

Au contraire, à la seconde période, lorsque les symptômes fonctionnels apparaissent, on songera au rétrécissement de l'urètre. Dans ces conditions, les questions que le chirugien doit se poser sont les suivantes : 1° Y-a-t-il rétrécissement de l'urètre ? 2° Quel est son siège ? 3° Quelle est sa cause ?

1° Pour résoudre la première question, il faudra songer à toutes les affections qui peuvent simuler le rétrécissement.

D'abord, on songera à son existence lorsque le doigt, introduit dans le vagin après une miction, sentira que la vessie ne s'est pas complètement vidée de son contenu, surtout si l'on sent en même temps des nodosités indurées sur le trajet de l'urètre.

On ne confondra pas le rétrécissement vrai avec un obstacle au cours de l'urine provenant d'une compression du canal par un obstacle venu de l'extérieur, tel qu'une tumeur. Il peut arriver qu'un fibrome ou un kyste de l'ovaire prolabé, un kyste de la paroi urétro - vaginale ou du vagin comprime l'urètre et puisse faire croire à un rétrécissement. Mais toutes ces tumeurs ont leur symptomatologie particulière, qui nous mettra rapidement sur la voie du vrai diagnostic.

On devra également éliminer les *lésions des centres nerveux* qui peuvent déterminer une paralysie vésicale, et par conséquent une rétention d'urine. Mais nous aurons ici tout un cortège de symptômes si manifestes, que la rétention passera en général au second plan, ou même pourra passer inaperçue si on n'y songe pas. L'exploration du canal suffirait d'ailleurs à lever tous les doutes si on en avait.

On devra également songer à *un calcul* pouvant obstruer l'urètre. Mais dans ce cas la rétention ne sera pas continue ; les douleurs seront plus violentes, et en général plus caractéristiques ; l'explorateur métallique fera d'ailleurs percevoir le corps du délit.

On devra éliminer le *spasme* pur, qui n'est pas un rétrécissement.

On aura ici une rétention intermittente, capricieuse ; de plus l'explorateur à boule, poussé contre le spasme, arrivera en général à le vaincre au bout d'un temps en général assez court ; de plus on passe plus facilement parfois avec un gros explorateur qu'avec une bougie filiforme.

Les *polypes* du canal, que nous avons séparés des vrais rétrécissements, seront parfois difficiles à distinguer, et ce n'est guère que l'examen endoscopique qui pourra nous éclairer sur la vraie nature de la maladie ; mais faute, de cet examen, le diagnostic sera souvent très difficile.

Nous avons bien affaire à un urètre rétréci ; notre diagnostic ne doit pas s'arrêter là ; nous devons nous demander si le rétrécissement est unique ou multiple, quel est sa longueur, quel est son calibre, quel est son siège.

C'est encore l'explorateur à boule de Guyon qui nous permettra de répondre à ces diverses questions. Le point où la boule est arrêtée nous donnera le siège du rétrécissement; le numéro de la plus grosse boule qui peut franchir l'obstacle nous donnera son calibre ; si en retirant l'instrument nous sentons plusieurs ressauts, nous en concluons qu'il y a plusieurs rétrécissements. La longueur est plus difficile à apprécier ; mais on pourra parfois se rendre compte de l'espace pendant lequel la boule est serrée.

Enfin l'endoscopie urétrale, lorsqu'elle sera praticable, viendra ici nous donner des renseignements précieux sur le siège et sur l'étendue du rétrécissement.

L'urètre est rétréci, nous connaissons le siège, l'étendue, le calibre du rétrécissement : il nous reste une troisième question à résoudre, c'est la cause du rétrécissement.

Le diagnostic sera souvent assez difficile ; on n'aura le plus souvent que les commémoratifs pour se diriger.

A-t-on affaire à un rétrécissement congénital ? Mais dans ce cas il se sera manifesté dès la naissance ; de plus nous savons que les rétrécissements de cette nature siègent le plus souvent au niveau du méat.

S'agit-il d'un rétrécissement cicatriciel, consécutif à un accouchement laborieux ? Mais dans ce cas nous aurons les

commémoratifs d'un accouchement long, terminé le plus souvent par une application de forceps.

On devra de plus se méfier du cas ou un spasme coïnciderait avec un rétrécissement léger, et ne pas laisser ce rétrécissement passer inaperçu.

Telles sont les principales questions que le clinicien doit résoudre à propos du rétrécissement de l'urètre chez la femme. On voit que le diagnostic est souvent très difficile, parce que la symptomatologie manque souvent de netteté.

IX

PRONOSTIC

D'après ce que nous avons dit à propos de la symptomatologie, on comprendra aisément que le rétrécissement de l'urètre chez la femme, lors même qu'il ne menace la vie que par ses complications, présente une gravité assez considérable.

En effet, nous avons affaire à une affection progressive, qui aboutit très fréquemment à la sténose complète du canal, et, en tous cas, entraîne d'une façon toute considérable l'excrétion urinaire. La coexistence avec des fistules urétro ou vésico-vaginales, ses complications, surtout ses complications infectieuses, qui, nous l'avons vu, peuvent entraîner la mort, sont une cause sérieuse d'aggravation pour le pronostic. Nous dirons encore que ce pronostic dépend beaucoup de l'âge de la malade et du traitement auquel elle est soumise ; les jeunes guérissant beaucoup plus facilement que les femmes âgées, chez qui, pour Pasteau, après guérison du rétrécissement, il persiste de l'incontinence par dégénérescence fibreuse du col.

X

TRAITEMENT

Le traitement du rétrécissement de l'urètre chez la femme sera, d'une façon générale, plus facile que chez l'homme; l'urètre est en effet infiniment plus court; il est beaucoup plus dilatable; on comprend ainsi aisément que le rétrécissement soit plus facilement accessible. Nous aurons d'ailleurs à notre disposition les mêmes moyens de traitement que pour les rétrécissements de l'homme : 1° *dilatation progressive*; 2° *dilatation brusque*; 3° *urétrotomie interne*; 4° *urétromie externe.*

Ces divers moyens, que nous avons rangés par ordre de gravité, mais aussi d'efficacité croissante, ont chacun leurs indications très nettement posées. Nous devons dire au début de cette étude que le premier, la dilatation lente, est le procédé de choix et réussit dans l'immense majorité des cas, et que ce n'est qu'exceptionnellement que l'on doit avoir recours à l'urétrotomie. Dans presque toutes les observations, assez nombreuses du reste, où ce mode de traitement a été employé, on a obtenu une amélioration très notable, et le plus souvent même la guérison.

Guyon recommande surtout les procédés de douceur. Il est d'avis de ne jamais employer la force; « on ne doit, dit-il, avoir recours qu'au simple passage de la bougie, sans

frottement ni séjour prolongé. La pression urétrale doit être exactement dosée. Il faut user du contact des instruments, mais ne pas avoir recours à la pression. »

Pour appliquer les principes de son maître, voici le procédé que donne Pasteau dans son mémoire : « On doit passer une bougie trop petite, c'est-à-dire une bougie qui soit inférieure au numéro de l'explorateur à boule qui a servi pour le diagnostic, et dans la même séance ne passer que deux ou trois numéros, jamais plus. Les séances ne doivent pas être répétées trop souvent, on doit les faire tous les deux jours au maximum, et jamais leur durée ne doit excéder deux ou trois minutes. » Il estime que les résultats dus à cette méthode de douceur sont bien supérieurs à ceux des méthodes de violence, et qu'en voulant aller trop vite, on s'expose à des échecs, à des récidives rapides et souvent aussi à l'incontinence.

Un certain nombre d'observations de Pasteau prouve d'ailleurs le bien-fondé de cette remarque ; dans un cas, un rétrécissement qui admettait facilement une bougie n° 13 ne put, peu de temps après, admettre qu'une bougie filiforme. Il semble que toute manœuvre un peu violente portant sur le canal détermine un spasme, par suite peut-être de la nervosité plus grande de la femme ; on doit donc chez elle encore plus que chez l'homme agir avec une grande douceur et ménager le contact des instruments. Tous les auteurs sont d'ailleurs d'accord ; nous citerons, avant Guyon, Verneuil et Van der Warker.

Cette méthode doit donc être appliquée toutes les fois que l'on a affaire à un rétrécissement qui n'est pas trop étroit, et qui laisse passer autre chose qu'une bougie filiforme. Dans le cas où l'on aurait affaire à un rétrécissement ne laissant passer qu'une bougie très fine, la conduite à tenir serait un peu

différente. La bougie une fois introduite ne doit pas être retirée immédiatement, surtout si elle est un peu serrée par le rétrécissement. On la laissera à demeure pendant une période de vingt-quatre heures ; pour la maintenir en place, on la fixera soit aux poils de la grande lèvre, soit mieux par deux fils qui contournent le pli génito-crural et la fesse. Pasteau recommande de ne pas trop enfoncer la sonde dans la vessie ; il considère cette précaution comme très importante, car, trop enfoncée, elle déterminerait de la gêne.

A la suite de cette application, parfois le rétrécissement se laisse distendre, ramollir par le contact permanent de l'instrument ; mais d'autres fois on trouve le rétrécissement encore plus étroit le lendemain, et ne permettant même pas le passage d'une nouvelle bougie filiforme. On devra, dans ce cas très difficile, redoubler de douceur et de patience.

Que dirons-nous de l'électrolyse ? Cette méthode a été surtout recommandée par Newmann *(loco citato)* et lui a donné de bons résultats ; mais elle a un grave défaut, c'est d'être très compliquée, et d'exiger un outillage et une technique spéciale qui ne peuvent être entre les mains de tout praticien. Pasteau lui reproche en outre de donner des cicatrices plus étendues que les autres procédés. Ces réserves faites, cela nous paraît une bonne méthode, et qui, en des mains exercées, peut guérir certains rétrécissements dont ne triompheraient pas les méthodes précédemment indiquées.

Quant à la dilatation brusque, nous n'en parlerons que pour l'éliminer. C'est une méthode dangereuse et qui, à côté de quelques bons résultats, a donné un grand nombre d'échecs, de récidives et parfois de l'incontinence. Sa seule indication est la rétention, dans les cas où il y a urgence absolue à vider la vessie.

Restent maintenant les diverses méthodes opératoires.

La première dont nous parlerons ést l'urétrotomie interne. Le manuel opératoire et l'instrument à employer seront un peu différents de ceux que l'on emploie chez l'homme. En effet, l'urètre de la femme est beaucoup plus court, et, en outre, il est rectiligne. Aussi Pasteau a-t-il fait construire un urétrotome spécial qui est rectiligne et a la longueur d'une sonde de femme. On introduit le conducteur dans la vessie, on lui donne une direction à peu près horizontale, on l'appuie fortement sur la paroi postérieure de l'urètre, et on introduit la lame qui sectionne la paroi antérieure. S'il survenait une hémorragie, on la traiterait par compression

Les soins postopératoires seront les mêmes que chez l'homme, on laissera une sonde à demeure pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, on dilatera le canal avec des bougies pendant très longtemps pour empêcher la sténose de se reproduire.

Si l'urétrotomie interne n'est pas possible, on devra pratiquer l'urétrotomie externe, que Quénu a appelé urétrotomie totale. C'est une section qui comprend toute la section de la paroi séparant l'urètre du vagin, pratiquée au niveau du rétrécissement, bien entendu si ce rétrécissement siège en avant du sphincter. C'est d'ailleurs le procédé qui a été employé dans l'observation que nous avons reproduite en entier dans notre étiologie.

CONCLUSIONS

1° Le rétrécissement de l'urètre chez la femme est, par suite de la latence de l'affection pendant une longue période, parfois même pendant toute sa durée, moins rare qu'on ne le pense en général.

2° En l'état actuel de la science, l'existence du rétrécissement blennorragique ne nous paraît pas suffisamment démontrée.

3° La symptomatologie de l'affection comprend des signes moins nets que celle du rétrécissement de l'homme.

4° La complication la plus grave est l'infection des voies urinaires et surtout la pyélonéphrite ascendante.

5° Le diagnostic en sera en général difficile ; il sera le plus souvent impossible à la première période.

6° Le pronostic est toujours sérieux, surtout si l'on tient compte des complications.

7° Enfin le traitement de choix sera la dilatation lente et progressive, et, si elle ne réussit pas, l'électrolyse ou l'urétrotomie interne ou externe.

OBSERVATIONS

Observation I

(Recueillie et publiée par Hamon, Th. Paris 1900)

N. Marie, journalière, âgée de quarante-trois ans, est entrée à l'hôpital Bichat, service de M. le docteur Picqué, salle Chassaignac, n° 20 bis, le 17 juillet 1900, parce qu'elle urine difficilement depuis quatre ans. Elle se plaint aussi de douleurs sourdes dans le bas-ventre, mais ces douleurs, continuelles, s'irradiant surtout vers la région lombaire des deux côtés et cuisantes pendant la miction, datent surtout de trois mois.

Elle n'a jamais rendu de graviers dans ses urines et jamais uriné de sang.

La malade a eu un enfant à terme il y a vingt-cinq ans. Elle dit que l'accouchement s'est très bien passé, sans l'aide de forceps et sans déchirure. Elle a toujours joui d'une bonne santé et n'a jamais eu de pertes blanches.

Les premiers troubles urinaires que la malade accuse remontent à l'année 1896, époque à laquelle elle ressentit des difficultés pour uriner. Elle était obligée de faire des efforts violents, de pousser beaucoup pendant toute la durée de la miction.

La malade avait à ce moment trente-neuf ans. Les urines étaient claires, et jusqu'en mai dernier elle n'a jamais eu à se plaindre que de la difficulté et de la lenteur de ses mictions,

qui d'ailleurs jusqu'à cette époque n'auraient pas augmenté de fréquence, pas plus le jour que la nuit.

Au mois de mars dernier, les troubles urinaires augmentèrent. La malade fut obligée de pousser davantage, de faire de plus grands efforts qu'autrefois pour uriner. Cet état ne fit qu'empirer. Vers le mois de mai, le jet devint filiforme, déformé, mais droit. Il lui était impossible d'uriner autrement que debout. Auparavant elle urinait toujours accroupie. Elle constata aussi qu'elle était obligée de se lever plus souvent pendant la nuit, que les mictions jour et nuit devenaient de plus en plus difficiles, que le jet se déformait, qu'elle urinait de travers, quelquefois sur ses cuisses, et, qu'à la fin de la miction, au prix des efforts les plus violents, il sortait de l'urine en bavant. Elle était obligée d'aller aux cabinets trois ou quatre fois la nuit, quatre ou cinq fois le jour. La miction était douloureuse au début et à la fin, surtout au début.

Depuis trois semaines son état s'est aggravé. Les mictions sont devenues encore plus fréquentes et plus difficiles. L'urine ne sort plus que goutte à goutte. Elle est obligée d'aller aux cabinets six à sept fois dans la journée et quatre ou cinq fois dans la nuit. Les envies sont impérieuses ; elle ne peut se contenir. Le bruit d'un robinet qui coule la fait uriner malgré elle quelques gouttes, et la miction détermine de légers picotements.

Pendant toute la durée de son affection, elle n'a jamais eu de rétention d'urine aiguë.

A l'examen de la malade, que nous avons fait le 20 juillet, le méat semble normal. L'urètre, que nous explorons avec une boule olivaire, présente deux points rétrécis bien nets. L'un siège à 0,01 du méat et laisse passer une boule n° 13. L'autre siège à 1 millimètre et demi du méat. Il est serré en bride et admet difficilement un n° 9. Ce sont deux rétrécissements

durs, serrés, non friables, ne saignant pas à l'exploration. Après cet examen, la malade a uriné un peu plus facilement, mais nous avons constaté qu'il restait encore après la miction 600 gr. d'urine dans la vessie. Cette urine était claire.

26 juillet. — On commence la dilation avec les bougies nos 10, 11, 12 et 13. On s'arrête au n° 13, qui passe difficilement.

La malade urine plus facilement trois fois dans la journée. Elle n'est pas obligée de se lever pendant la nuit.

Le 27. — Nous lui passons les bougies nos 12, 13, 14 et 15.

Le 29. — Les nos 14, 15, 16 et 17 passent facilement.

Le 31. — Dilatation avec les nos 16, 17, 18, 19 et 20.

Les deux dernières bougies passent facilement, et la malade, n'éprouvant plus aucun trouble pour uriner, quitte l'hôpital.

Observation II

(RÉSUMÉE)

(NEWMANN, traduction LUTAUD, *loco citato*)

Rétrécissement urétral ; urétropraxie par une bande fibreuse.
Electrolyse ; guérison.

Mad. J. C., âgée de vingt-huit ans, veuve. Depuis deux ans la miction est difficile et elle ne peut plus avoir lieu maintenant que dans la station ; même dans cette position elle est très douloureuse, et le jet est extrêmement mince. A la dysurie s'ajoute un spasme de la vessie qui provoque d'atroces douleurs. Croit avoir contracté une blennorragie il y a deux ans à la suite d'un rapprochement sexuel avec son mari ; elle

fut alors soignée par un médecin qui lui fit une injection avec une forte solution de nitrate d'argent. C'est de cette époque que date la dysurie. On peut supposer que l'injection au nitrate est la cause du rétrécissement actuel. Une urétrite simple peut produire la stricture chez la femme aussi bien que chez l'homme, mais il est rare cependant qu'elle soit la cause d'une urétropraxie aussi manifeste que celle qui fait le sujet de cette observation.

Examen, 7 juillet 1874. — Le méat urinaire est petit, contracté et situé profondément dans le vestibule : on ne peut le voir ni le sentir par le toucher. Des bougies de différentes dimensions furent essayées inutilement ; l'oblitération était presque complète. J'avais heureusement dans mon arsenal une sonde extrêmement petite qui avait été fabriquée spécialement pour une enfant. Je l'introduisis, après beaucoup de tâtonnements, et pratiquai l'électrolysation. A un demi-centimètre du méat, nouvel obstacle : une bande fibreuse qui traversait l'urètre et qui constituait évidemment le principal obstacle à l'émission de l'urine.

Il existait un autre rétrécissement à 4 millimètres au-dessus du méat.

Après plusieurs séances d'électrolyse, le 7 septembre, l'urètre est normal et admet une sonde ordinaire.

Observation III

(Larcher, Thèse de Paris 1834, rapportée par MM. Imbert et Soubeyran.)

Mlle A., vingt-trois ans, femme entretenue, eut à deux reprises une blennorragie caractérisée par une vive chaleur et une douleur à la miction, un écoulement verdâtre et abondant

par le vàgin. La seconde fut opiniâtre et dura longtemps. Cette jeune femme est sujette à des flueurs blanches assez abondantes, et la vie agitée qu'elle menait ne contribuait pas peu à les entretenir.

A l'âge de vingt-deux ans, elle eut un troisième écoulement, puis un chancre et un bubon à l'aîne droite qui suppura et fut ouvert. Après avoir combattu la blennorragie par le copahu, je fis suivre un traitement mercuriel et, après deux mois environ, elle reprit son train de vie habituel. Dix-huit mois après, elle vient me trouver disant qu'elle avait depuis quelque temps une grande difficulté pour uriner, que l'urine parfois ne sortait que goutte à goutte, aveceffort, que même souvent il lui était impossible d'uriner.

Je cherchai alors à introduire une sonde ordinaire de femme dans la vessie, mais à peine l'instrument eut-il franchi la moitié de l'urètre qu'il fut arrêté par un obstacle.

Le rétrécissement était assez considérable pour qu'une bougie n° 1 que j'introduisis le lendemain eut quelque peine à arriver jusqu'à la vessie. L'introduction de la bougie fut douloureuse; je la laissai en place pendant quinze heures. Le jour suivant elle passa facilement, et j'arrivai graduellement au n° 8 en l'espace de quinze jours. A cette époque, la bougie ne put plus être supportée et je ne cherchai pas une plus forte dilatation. D'ailleurs la malade urinait sans difficulté ; je recommandai à la malade de se sonder elle-même pour éviter d'être reprise plus tard des mêmes accidents.

Observation IV

(INÉDITE)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé L. IMBERT)

X., vingt-sept ans, sans profession. Cette jeune fille souffre, depuis plusieurs années, dans la région du rein droit ; ses urines sont devenues purulentes ; sa santé générale s'est altérée ; il y a de la fièvre de temps à autre : aucune espèce d'antécédent génital. Le rein droit est gros comme les deux poings et descendu au-dessous des fausses côtes. Il s'agit évidemment d'une pyélonéphrite, soit calculeuse, soit tuberculeuse. Bien que la recherche des bacilles de Koch dans les urines ait donné des résultats négatifs, le diagnostic clinique penche vers cette dernière hypothèse ; les mictions sont fréquentes et douloureuses, et l'urine renferme quelquefois du sang.

Néphrectomisée du côté droit en 1899 : il s'agit d'une pyonéphrose tuberculense. Guérison ; mais la fréquence et la douleur des mictions persiste. Quelques mois après on constate l'existence d'un rétrécissement urétral n° 12, siégeant dans la partie moyenne de l'urètre. Ce rétrécissement se laisse, du reste, facilement dilater au moyen de Béniqués droits jusqu'au n° 50. Il en résulte une atténuation très prononcée des symptômes vésicaux : mais ils ne disparaissent pas complètement, en raison évidemment de ces lésions vésicales anciennes.

Cette jeune fille avait été examinée au cystoscope et à l'urétérocystoscope avant son opération. Il n'y avait pas trace de rétrécissement à cette époque. La sténose s'est donc constituée rapidement après l'opération. Elle pourrait être due à une petite déchirure de la muqueuse urétrale produite par le passage de l'instrument.

BIBLIOGRAPHIE

Barthélemy Cabrol. — Observations médicales, 1552.

Saucerotte. — Mélanges de chirurgie, I, p. 522 (Mémoire à consulter sur une déchirure de la paroi antérieure du vagin et de la partie de la vessie qui y correspond, 1801).

Zæher. — Œsterreicher med. Wochenschrift, 1822.

Lisfranc. — Th. d'agrégation, Paris (An eadem contrà varias urethræ coarctionis species medela, 1824).

Manec. — Bull. soc. anat., p. 262, 1828.

Blundell. — Lancet, London, t. I, p. 642 (Lectures on the diseases of women, 1829).

Larcher. — Gazette méd. de Paris et th. de Paris (Considérations sur l'urètre et son cathétérisme chez la femme, 1834).

Moissenet. — Rev. méd. de Paris, II, p. 10 (Clinique de la Charité. Rétrécissement de l'urètre chez une femme, 1837).

Mercier. — Gazette méd., p. 472 (Quelques remarques sur les rétrécissements de l'urètre chez la femme, 1845).

Scanzoni et Kiewisch. — Klin. Vorträge fortgersetzt von Scanzoni, t. III, p. 278, 1851.

Civiale. — Traité pratique des maladies des voies urinaires, p. 680.

Reybard. — Traité pratique des maladies des voies urinaires, 1853.

Alph. Guérin. — Maladies des organes génitaux externes de la femme, Paris, 1864.

Boucher. — Gazette des hôpitaux, XXXVIII, p. 61 (Rétrécissement de l'urètre chez la femme, 1865).

Pjachaud. — Gaz. hôpitaux (Rétrécissement de l'urètre chez une femme ; urétrotomie, guérison, 1867).

Bohne. — Berliner central Zeitung, n° 84, 1868.

Duboué. — Bull. soc. chirurgie, 1869.

David. — Des rétrécissements organiques de l'urètre (Gazette des hôpitaux, p. 291, et th. de Paris, 1870).

Ledetsch. — Wiener méd. presse XIV, p. 779, 1873.

Newmann. — Des rétrécissements de l'urètre chez la femme (Américan journal. Traduction Lutaud. — Archives de médecine T. I. p. 45, 1876).

Verneuil. — Bull. de la Société de chirurgie, 16 février 1876.

Blum. — Archives générales de méd. (Mémoires sur les affections de l'urètre chez la femme) 1877.

Fissiaux. — Arch. de Gynécologie, pages 1 et 177 et Thèse de Paris (Des rétrécissements de l'urètre chez la femme, 1879).

Duncau.— Klinische Vorträge über Fraüen Krankheiten (Traduction).

Engelmann. — Berlin, Hirschwald, 1880.

Brissaud et Segond. — Gazette hebdomadaire, n° 39, 1881.

Churchill et Leblond. — Traité pratique des maladies des femmes (3e éd. Paris, 1881).

Jenkins-Gergaud. — Des cystalgies et de leur traitement chirurgical (Th. Paris, 1882).

Picard. — Journal méd. de Paris (Rétrécissement urétral chez la femme, in Annales gén.-ur., p. 123, 1884).

Le Dentu. — Annales gén. ur. IV, p. 471 (Examen comparatif de 24 urétrotomies int. et de 24 divulsions, 1886).

Id Art. urètre et rétrécissement de l'urètre (in Dictionnaire encyclopédique, 1886).

Herman. — Lancet, London (A case of lupous stricture and atresia of the female uretra, 1886).

Van der Warker. — Rétrécissements de l'urètre chez la femme (Journal american medical Association Chicago, 4 oct. p. 490, cité in Annales gén.-ur. 1890, p. 510).

Tod. Gilliain. — N.-Y. med. Record, p. 104 (Stricture of the female uretra, 1890).

Genouville. — Ann. gén.-ur., nov.-déc., p. 832 et 925. Du rétrécissement blennorragique de l'urètre chez la femme. Etude comparative des organes de la miction dans les deux sexes.

Loumeau. — Ann. polyclinique de Bordeaux Oct. p. 167-176. Rétrécissement de l'urètre chez la femme (Arch. Tocol, p. 240-248. 1893).

ROUTIER. — Revue générale, clin. thérapeut., p. 253 (Rétention d'urine chez la femme, 1894).

REBOUL. — Congrès assoc. française urol. ann. gén. ur. (Annales gén.-ur., nov.-déc. 1899, p. 999).

PASTEAU. — Rétrécissement de l'urètre chez la femme (Mémoire pour le prix Civiales (in Annales gén.-ur., p. 799, 1897).

FORGUE. — Rétrécissement de l'urètre chez la femme (in Traité de Duplay et Reclus.

HAMON. — Des rétrécissements de l'urètre chez la femme (Th. Paris, n° 210, 1900).

L. IMBERT et P. SOUBEYRAN. — Le rétrécissement blennorragique de l'urètre chez la femme (Ann. gén.-urin., décembre 1901).

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 mars 1903.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 mars 1903.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!
